LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Note sur l'aphonie et la dysphonie nerveuses, p. 481. — **Bibliographie** : Cure prompte et radicale de la syphilis, p. 484. — Memento botanique, p. 485. — **Revue de la presse** : La prédisposition des roux à la phtisie, p. 485. — **Académie des sciences** : *Séance du 24 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Van Tieghem. — Présence de l'iode en proportions notables dans tous les végétaux à chlorophylle de la classe des Algues et dans les Sulfuraires, p. 486. — Sur quelques alcaloïdes de l'opium, p. 486. — Sur l'élimination de l'azote et du phosphore chez les nourrissons, p. 486. — Transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale et du pouvoir antivirulent du sérum, p. 486. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 21 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Raymond. — La fièvre typhoïde à Paris, p. 487. — Rhumatisme blennorragique, p. 487. — Syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique, p. 488. — Diarrhée cholériforme à entérocoques, p. 488. — Alcool et cyclisme, p. 488. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 22 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Jullien, — Tuberculose du testicule, p. 488. — Révision nosographique des arthrites chroniques, p. 489. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 13 juillet* 1899. — *Présidence de* M. Fournier. — Epithélioma de la nuque simulant le xanthome et la morphée, p. 490. — Syphilis héréditaire p. 490 — Lupus tuberculeux avec lupus de la langue, p. 490. — Lupus érythémateux généralisé, p. 490. — Urticaire pigmentée de la face, p. 490. — Dermite eczématiforme des pieds provoquée par la teinture des chaussettes, p. 490. — Maladie de Duhring avec lésions sanguines, p. 491. — De l'abolition des réflexes pupillaires dans ses rapports avec la syphilis, p. 491 — Traitement de la lèpre par les injections d'huile de Chaulmogra, p. 491. — Sur deux cas de tuberculides à caractères et localisations différents suivant les régions où elles se développent, p. 491. — Troisième note sur une dermatose séborrhéique aboutissant au psoriasis. p. 491, etc. — **Memento pratique** : Traitement de l'eczéma séborrhéique circinné du cuir chevelu chez l'enfant, p. 492. — Traitement de l'asthme des foins, p. 492. — **Nouvelles**, p. 493. — **Bulletin bibliographique**, p. 496.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur l'aphonie et la dysphonie nerveuses (1).

par le Dr Paul Olivier.

(*Travail de l'Institut de Laryngologie et Orthophonie de Paris*).

Les troubles fonctionnels de la voix parlée comprennent; 1° le mutisme hystérique où aucun son n'est émis, les mouvements d'articulation seuls persistant; 2° l'aphonie nerveuse caractérisée par le chuchotement; 3° la dysphonie nerveuse où il y a enrouement ou raucité chronique.

Je laisserai de côté le mutisme hystérique ou apsithurie (2) dont je n'ai observé personnellement aucun cas et qui a été étudié par de nombreux auteurs parmi lesquels je citerai Charcot (3), Cartaz (4), Marcel Natier (5), Rabiner (6).

(1) Communication à la Société médicale du VIIe arrondissement.
(2) Solis-Cohen, *Medical and Surgical Reporter*, 1875.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1886.
(4) *Progrès médical*, 1886.
(5) Contribution à l'étude du mutisme hystérique, 59 p.; Paris 1888.
(6) Th. Paris 1898.

Je ne m'appesantirai du reste pas non plus sur les deux autres variétés, car la bibliographie, fort intéressante, en est considérable, et tout récemment, Rifaux (1) a présenté un bon résumé de la question. Je veux envisager simplement un point particulier relatif au mécanisme étiologique et par suite au traitement.

L'idée ne s'éveille en nous d'un trouble purement nerveux qu'après constatation, dans le miroir laryngien, de l'état normal du larynx à l'état de repos. L'impossibilité de chuchoter (mutisme), de parler à voix haute (aphonie) ou d'émettre quelques mots sans détonner (dysphonie), avec suppression ou diminution de la mobilité des cordes vocales, pose une série de problèmes complexes. Il faut éliminer toutes les causes capables d'amener un tel résultat: lésions des centres nerveux, compression des récurrents, etc. Le diagnostic se fait en somme par exclusion.

En ce qui concerne l'étiologie, on peut admettre la classification de Rifaux qui examine successivement : *a*) l'aphonie psychique pure due à une émotion morale ; *b*) l'aphonie hystérique; *c*) l'aphonie réflexe survenant à la suite d'une lésion des organes génito-urinaires ou digestifs, d'un traumatisme, d'affections nasales, du froid; *d*) les aphonies toxiques (tuberculose, syphilis, fièvre typhoïde, choléra, et empoisonnements par le cuivre, le phosphore, l'arsenic, la belladone, la morphine (2). Quelques réserves seraient peut-être nécessaires au sujet de cette dernière catégorie.

L'image laryngoscopique est variable. Parfois il n'y a absolument rien de particulier. Mais, plus habituellement, la glotte présente, pendant la phonation, soit une béance presque égale ou inférieure à celle de la position cadavérique, soit une forme en Λ caractéristique de la paralysie de l'ary-aryténoïdien. Dans certains cas, seul le bord libre des cordes vocales est flasque ou concave, l'ouverture glottique ayant alors l'apparence d'une ellipse. Les muscles et les nerfs sont sains : s'ils ne fonctionnent pas, c'est, d'après l'opinion généralement admise, qu'ils ne reçoivent pas l'influx central.

Mais, pour que les cordes se tendent comme à l'état normal, il faut plusieurs conditions; d'abord aucun obstacle mécanique ou inflammatoire ne doit s'opposer aux mouvements des muscles et des articulations ; de

(1) De l'aphonie cérébrale, Th. Lyon, 1899.
(2) Trévelot. *Journal de médecine et de chirurgie*, 1886.

plus, les nerfs excitateurs de la contraction ne doivent être ni malades, ni comprimés en aucun point de leur trajet. Dans l'aphonie et la dysphonie nerveuses, par définition même, ces deux conditions se trouvent remplies. On oublie trop, je crois, qu'une troisième est indispensable : le courant d'air expiratoire doit exercer une pression suffisante sur les ligaments vocaux. Tout le monde le sait sans doute, mais on n'en tient aucun compte.

Un spécialiste, le miroir en main, fait asssez vite le diagnostic d'aphonie ou dysphonie nerveuse, mais le mécanisme intime de ce trouble vocal reste obscur. Les commémoratifs apprennent bien qu'à la suite d'une émotion vive, d'un chagrin, d'une laryngite banale, le malade est devenu aphone ou enroué ; comment ont donc agi ces influences ? Il ne serait pas inutile de le savoir, ne fût-ce qu'au point de vue du traitement.

Celui-ci est assez variable selon les auteurs et on a vu des aphonies nerveuses persister des mois et des années alors que la guérison peut et doit être assez rapide.

Maljean (1), à propos d'une observation que je reproduis plus loin s'exprime ainsi : « La guérison arrive à la suite d'un travail psychique qui peut rester aussi inconscient que l'inhibition primitive et qui a pour effet de réveiller les centres. Ce travail est facilité par tous les agents physiques ou médicamenteux mis en œuvre dans le traitement. Il est surtout accéléré par la suggestion soit à l'état de veille, soit dans le sommeil hypnotique. Pour défaire la paralysie, il faut expliquer sa cause, prouver son peu de gravité et affirmer sans cesse sa curabilité. En même temps, on sollicite de toutes les manières la volonté du sujet afin de multiplier dans son cerveau les représentations motrices. Le traitement proprement dit comporte l'usage interne des préparations de strychnine et l'électrisation endo ou extra-laryngée. Le plus souvent une faradisation modérée de la peau du cou est suffisante. Ou bien on comprime, de dehors en dedans, avec les deux mains, les parties latérales du larynx, en faisant exécuter des tentatives de toux ou de phonation. »

Autrefois on avait recours à des moyens un peu barbares ; la saignée (Laffitte) (2), les vésicatoires, le séton. Finlay (3), dernièrement, a préconisé une gymnastique spéciale des cordes vocales que l'on tient écartées, pendant les essais de phonation, avec les mors d'une pince introduite dans le larynx. Les moyens thérapeutiques habituellement employés sont l'électricité et la suggestion. Les neuropathologistes procèdent par suggestion lente, et un isolement plus ou moins prolongé, huit à quinze jours, débarrasse le malade de son infirmité. D'autres cherchent à agir rapidement, brusquement ; ils terrorisent le sujet, le menace d'opérations sérieuses, au besoin par l'étalage d'une instrumentation compliquée ou de cautères. L'émotion violente fait reparaître la voix. Tous ces procédés réussissent, mais les uns sont longs, les autres gênants, ennuyeux, ou même entachés d'un peu de brutalité. La dernière méthode, la méthode *forte*, doit donner un succès éclatant, subit ; sinon, il est inutile de recommencer, on échouerait.

Sous l'impulsion de M. l'abbé Rousselot, et grâce à ses recherches par la méthode graphique auxquelles il a bien voulu m'associer en son laboratoire de phonétique du collège de France, je me suis rendu compte du rôle important et trop ignoré de la respiration dans la parole et dans le chant (1). Loin de moi la pensée de généraliser. Mais sûrement certaines aphonies et dysphonies dites nerveuses ont pour cause prochaine une défectuosité de l'acte respiratoire. C'est en s'adressant à la respiration qu'on les guérira le mieux et le plus vite.

Ceux mêmes à qui cet ordre d'idées est étranger dirigent d'instinct leurs tentatives de suggestion vers cette fonction essentielle.

Garel (2), par exemple, conseille au malade de faire des expirations forcées à la manière d'un soupir, puis de rendre, si c'est possible, cette expiration sonore en ton bas. C'est là le point délicat et le plus important à obtenir. Une fois cet obstacle franchi, la guérison est assurée. Cet auteur a trouvé un moyen très simple de le franchir et qui consiste, vers la fin de l'expiration, à exercer avec la main une pression brusque sur l'épigastre, l'autre main faisant contre-appui sur le dos, au point diamétralement opposé. L'expiration, brusquement forcée, devient sonore. On fait ensuite prononcer successivement la série des voyelles pendant une série d'expirations brusques, puis on fait lire.

Les trois cas suivants me semblent également appuyer mon opinion à ce sujet.

Observation I (résumée) (3). — 15 décembre 1898. Soldat de 22 ans, hystérique. A la suite d'un service fatigant pour son larynx, la voix s'enroue, puis un matin, il y a six semaines, il se réveille complètement aphone. La toux elle-même ne produit aucun son appréciable. Le malade parle en chuchotant et avec une mimique expressive. Aucun signe d'affection pulmonaire ou cardiaque. L'introduction du miroir laryngien n'excite aucun réflexe du côté du pharynx. La glotte s'ouvre largement et symétriquement pendant les mouvements respiratoires. Dans la position phonatoire, les cordes vocales se rapprochent jusqu'au contact dans leurs deux tiers antérieurs, en arrière elles restent écartées et forment un triangle à base postérieure.

La muqueuse du larynx ne présente aucun signe

(1) *Revue intern. de rhinol., otol., etc.*, n° 3, 1899.

(2) Th. Paris. 1872.
Brit. med. Jour., 25 février 1899.

(1) Cf. Etiologie et traitement de certains troubles vocaux, mémoire présenté à la Société française d'Otologie et publié dans la *Parole*, n° 5, 1899.

(2) *Province méd. de Lyon*, 1887.

(3) Maljean, *loc. cit.*

d'inflammation, ni de gonflement; la région aryténoïdienne en particulier a gardé son aspect normal.

Le stylet introduit dans le vestibule montre une atténuation manifeste de la sensibilité de la muqueuse. Anesthésie cutanée, rétrécissement des deux champs visuels. Le diagnostic s'impose; il s'agit d'une paralysie hystérique isolée de l'ary-aryténoïdien. On prescrit une dose journalière de cinq milligrammes de sulfate de strychnine; on pratique deux fois par jour la faradisation extérieure du larynx. Comme traitement psychique, on fait comprendre au malade l'origine de son affection en lui réitérant la promesse d'une guérison rapide. On fait la compression bimanuelle du larynx pendant qu'il tousse et cherche à émettre des sons. On l'engage à répéter lui-même ces exercices. Au bout de quelques jours, la toux devient quelque peu sonore, le malade s'en aperçoit et redouble de zèle même la nuit. Le huitième jour du traitement, il se réveille après avoir rêvé qu'il prononçait la voyelle A; il constate en effet qu'il peut produire ce son. Le lendemain, il prononce toutes les voyelles; le seizième jour, il parle couramment, mais la voix reste enrouée. L'examen laryngoscopique fait constater la disparition du triangle paralytique; la glotte cartilagineuse se ferme aussi bien que l'autre.

Obs. II (inédite) 18 janvier 1899. — Mlle X..., 20 ans, se présente dans le service de M. Marcel Natier, à l'Institut. Le père a succombé à 56 ans à une albuminurie en une année. La mère bien portante a eu sept enfants, dont un est mort à un mois de diarrhée cholériforme, les autres encore vivants et en excellente santé. La malade a eu seulement la rougeole dans son enfance. Réglée à 13 ans sans difficulté; les menstrues viennent régulièrement mais sont peu abondantes. La gorge a toujours été susceptible.

En 1888, à l'hôpital, on a fait des cautérisations sur les amygdales hypertrophiées; dans la suite, amygdalites fréquentes. Il y a quatre ans, on aurait enlevé un éperon de la cloison à gauche, parce que la respiration nasale était difficile, et que la malade dormait la bouche ouverte. Il y a juste un an, un spécialiste consulté diagnostique des végétations adénoïdes et conseille l'ablation après anesthésie. Cette jeune fille éprouve une forte émotion à cette idée d'opération et le soir même, elle ne parlait plus qu'en chuchotant. Cependant la mère dit que sa fille n'était pas nerveuse et n'a jamais eu de crises de nerfs. Un spécialiste, un autre bien entendu, fait en vain des séances d'électrisation extérieure pendant cinq mois. A la suite d'une entorse, la malade va séjourner six semaines à la campagne; la voix est alors momentanément un peu revenue. Un quatrième spécialiste pratique l'électrisation endo-laryngée, extirpe un polype (?) du nez à droite et enlève les amygdales à la guillotine. Aucun résultat au point de vue de l'aphonie qui date, on le voit, d'un an. Actuellement cette jeune personne a bonne mine; mais elle est devenue très nerveuse. Céphalalgie intermittente; névralgies dans les tempes; le sommeil n'est pas bon; inappétence. Les digestions sont assez difficiles; constipation. Il y aurait, par moments, des crises d'oppression. La cloison nasale est déviée à droite. Le larynx est d'aspect normal, mais quand on fait prononcer la voyelle E, la malade chuchote; sa glotte reste ouverte sur toute sa longueur, les cordes vocales étant très écartées comme en position cadavérique.

M. Natier procède par suggestion; grâce à ses intimidations, à ses menaces, il arrive en un quart d'heure à faire parler à voix haute la malade qui, en sanglotant, lit certains passages d'un livre avec son timbre de voix normal, tandis qu'à d'autres moments, la voix est encore enrouée. Un nouvel examen laryngoscopique montre que les cordes vocales, pendant la phonation, n'arrivent pas en juxtaposition complète et que leur bord libre contracturé reste concave.

La malade, incomplètement guérie, fut perdue de vue. En la retrouvant récemment dans un service hospitalier où elle était entrée pour une rechute et où un isolement de quelques jours avait amené la guérison, on a appris que cette nouvelle aphonie avait d'abord été traitée inutilement par l'électrisation.

Obs. III (personnelle). — 30 avril 1899. Mlle X.., 20 ans, pâle, anémique, de tempérament nerveux. A la suite d'une attaque légère de grippe, survenue en décembre dernier, la voix s'est enrouée, et le médecin ordinaire de la malade la soigne pour une laryngite.

La santé générale est en ce moment assez bonne; et cette jeune fille, employée dans un grand magasin, se plaint seulement du timbre de sa voix qui est discordant, absolument désagréable. Elle dit que, le matin au réveil, la voix est excellente et a son ancienne sonorité; mais, aussitôt dans la rue, l'enrouement reparaît et ne cesse plus de la journée. Il y a même des instants où le chuchotement seul est possible.

On trouve dans le nez, à gauche, un éperon de la cloison, n'obstruant pas du reste, complètement, la fosse nasale de ce côté. Les muqueuses sont pâles, comme la peau. Le larynx ne présente ni rougeur, ni inflammation.

Les cordes vocales s'écartent bien pendant la respiration; mais, pendant l'émission de la voyelle E, elles laissent entre elles un large espace triangulaire comprenant toute la longueur de la glotte et dont la base a bien deux millimètres.

Les fonctions digestives se font convenablement. Rien d'anormal à l'auscultation.

En causant avec cette malade, on s'aperçoit qu'elle veut parler vite et respire à peine entre ses phrases. Si on lui en fait l'observation, elle accomplit alors une inspiration profonde, mais laisse échapper une grande quantité d'air expiré avant de commencer à émettre un son.

Il s'agit là d'une dysphonie nerveuse, et le larynx étant intact, c'est évidemment l'acte repiratoire qui est en défaut. Après avoir affirmé énergiquement la guérison en quelques instants à condition de suivre mes conseils, j'apprends à cette jeune fille à respirer convenablement et silencieusement. Puis je fais attaquer à haute voix une voyelle, brusquement, au début d'une expiration; on recommence jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat parfait; toutes les voyelles suivent ensuite; enfin je fais lire, toujours en attirant l'attention sur la façon de respirer. En dix minutes, au grand étonnement de la mère présente, la voix est redevenue telle qu'avant le mois de décembre. Et à l'examen laryngoscopique on voit les cordes vocales s'affronter exactement.

Dans le premier cas, Maljean, à côté de moyens que je regarde comme secondaires, fait tousser son malade, c'est-à-dire cherche à susciter des expirations fortes et brusques, capables de mettre les cordes vocales en vibration; il tente ensuite l'émission des sons : c'est en somme de la gymnastique respiratoire.

Natier, lui, tend à provoquer et provoque une émotion très vive. D'après son expérience, la crise de larmes est presque indispensable et elle est le signal du succès prochain. Tout est pour le mieux, en effet, à ce moment; il se produit alors des inspirations profondes, des soupirs et des expirations saccadées, fortes, des sanglots, qui ont pour effet de faire vibrer les cordes.

Quant à la jeune fille que j'ai soignée, je suis parti d'une idée préconçue et, j'ai simplement modifié la respiration, espérant amener la disparition de l'enrouement chronique; l'événement m'a donné raison.

Je ne revendique pour ce procédé ni l'originalité, ni l'infaillibilité qui manque aux autres. Profitant de l'expérience de mes devanciers, considérant la part du soufflet pulmonaire dans l'acte de la parole comme trop négligée, je crois possible, dans bien des cas, de faire recouvrer la voix aux gens atteints d'aphonie ou de dysphonie nerveuse grâce à un moyen de douceur, n'exigeant aucun instrument, aucune mise en scène, à la portée en un mot de tous les praticiens qui sont ainsi à même de l'essayer.

Pour éviter les récidives trop fréqnentes, on devra s'occuper de l'état général, s'il y a lieu, et recommander des exercices respiratoires qui exigeront, chaque jour, régulièrement, de la part des malades, la mise en jeu de leur volonté.

BIBLIOGRAPHIE

Cure prompte et radicale de la syphilis (*Syphilis et Mercure*), par le Dr J. F. Larrieu, de Montfort-l'Amaury. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 1 vol., 134 pages.

Le nouveau travail que présente au public médical notre ami le Dr J.-F. Larrieu est la troisième édition d'un mémoire déjà signalé dans la *France médicale* en 1896, mais cette fois beaucoup plus documentée et dans laquelle l'auteur passe en revue l'histoire de toutes les préparations mercurielles usitées dans le traitement de la syphilis (mercure pur, frictions, vapeurs mercurielles, composés solubles et insolubles, etc.).

En d'autres termes, l'auteur étudie l'action physiologique du mercure, les modifications du sang dues à cet agent et son action sur les microbes supposés ou réels de la syphilis.

Dans les trois premiers chapitres, le Dr Larrieu étudie l'agent médicamenteux. Dans le quatrième, il rappelle les règles qu'il a formulées précédemment et l'influence bienfaisante de son traitement prolongé, à petites doses sur le cours de la grossesse en pleine évolution de syphilis.

Rappelons en peu de mots le traitement de l'auteur :

Celui-ci est abortif ou curatif.

A. *Traitement abortif* : Cautérisation du chancre au caustique de Vienne servant à préparer une pâte de consistance de moitié qui doit être étalée sur l'ulcération pendant trois minutes. Le chancre est-il dans une région trop sensible, il est recouvert deux fois par jour de la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon.....	30 gr.
Précipité blanc..... ou oxyde blanc d'antimoine.	3 gr.

Le badigeonnage de teinture d'iode a également été employé avec succès.

L'adénite est traitée par une onction légère avec la pommade mercurielle de récente préparation.

Le traitement interne est formulé comme il suit par l'auteur : *Faire prendre au malade tous les matins à jeun, dans un peu d'eau pure ou sucrée et pendant vingt jours consécutifs, de III à V gouttes de teinture d'iode de très récente préparation* ou bien encore *III gouttes de teinture d'iode et une grande cuillerée d'une solution renfermant* 20 *grammes d'iodure de sodium cristallisé pour* 300 *grammes d'eau.*

Cette cure, suivant l'état du sang, sera renouvelée plusieurs fois de suite avec quinze jours de repos intercalé.

Ces trois facteurs, cautérisation du chancre, onctions mercurielles sur les ganglions et préparations iodées et iodurées doivent être faites concurremment.

B. *Traitement de la syphilis secondaire* : Le Dr Larrieu ayant constaté comme la plupart de nos maîtres, Fournier, Ricord et tant d'autres, que le mercure semble blanchir la vérole, alors surtout qu'on l'administre d'une façon ininterrompue, se basant en outre sur les formes malignes précoces, sur les formes viscérales d'emblée, sur les formes exanthématiques sèches du début, très discrètes, conseille l'emploi de l'iode dès le début et l'usage du mercure en applications topiques

Pour blanchir les marques extérieures de la diathèse.

Notre savant collègue formule le traitement de la période secondaire comme il suit :

1° Prendre à jeun chaque jour, dans un peu d'eau pure ou sucrée, III gouttes de teinture d'iode de très récente préparation et une grande cuillerée de la solution :

Eau distillée.....	300 gr.
Iodure de sodium cristallisé.....	20 gr.

Ce traitement doit être continué cinq à huit mois pendant vingt jours par mois les trois premiers mois, quinze jours chaque mois du troisième au huitième mois. Ne jamais dépasser, quelle que soit la gravité apparente ou réelle du mal, la dose spécifique, le résultat immédiat pouvant être meilleur mais moins durable.

Même traitement local que pour la période primitive.

Les plaques muqueuses devront être traitées par des gargarismes au chlorure mercurique à 1 p. 10.000 ou par des attouchements légers au nitrate acide de mercure.

Les complications graves (oculaires ou viscérales) autoriseraient, en plus du traitement interne, des onctions répétées de cinq à dix jours, sur les tempes, avec l'onguent mercuriel. Hygiène nécessaire : bon régime, exercice, vie à la campagne, etc.

Le Dr Larrieu donne pour les autres périodes de la syphilis des instructions non moins claires et non moins précises et complète les règles de son traitement par des observations échelonnées à chaque chapitre de son travail.

Ce mémoire comprend encore l'étude de la syphilis dans la grossesse et plusieurs des observations de l'auteur permettent d'espérer que la loi formelle de léthalité fœtale dans les grossesses des femmes récemment syphilisées est probablement un peu trop absolue.

D'ailleurs, notre laborieux confrère le Dr Larrieu a voulu faire contrôler ses affirmations un peu hardies et très optimistes par des confrères de Paris, de l'étranger et de provinces auxquels il a fait connaître sa méthode.

C'est ainsi que le traitement ioduré hydrargyrique prolongé faible et interrompu est actuellement expérimenté dans plusieurs services d'accouchements de Paris.

Un chapitre spécial sur la syphilis héréditaire complète cet intéressant travail qui est littéralement farci de documents bibliographiques et devra intéresser le clinicien non prévenu et le bibliophile qui y trouvera une mine féconde où pourront largement puiser les érudits et les travailleurs. Dr H. Dauchez.

Memento botanique, contenant onze mille trois cents noms vulgaires et tous les noms italiens des plantes utiles ou d'agrément ainsi que leurs noms français et scientifiques, par G. Guyettant, ancien pharmacien à Paris. — Paris, Soc. d'édit. scient. 1899.

Ce memento botanique est une simple nomenclature par ordre alphabétique d'un grand nombre de plantes vulgaires destiné à faciliter l'étude de la botanique. L'auteur a voulu « que chacun, sans aucune étude préalable, pût faire un herbier, et trouver avec facilité le nom botanique d'une plante, la connût-il sous une seule de ses appellations latine, française, italienne ou vulgaire ». Quant aux renseignements botaniques qui accompagnent chaque plante, ils sont limités à celui de la famille à laquelle elle appartient et à indiquer si la plante est acotylédone, monocotylédone ou dicotylédone. Le problème qu'a voulu poursuivre l'auteur est de permettre à celui qui ignore la botanique de construire un herbier à condition qu'il sache le nom de la plante qu'il veut classer. Beaucoup de plantes, presque toutes sont connues sous leurs noms vulgaires dans la campagne, il sera donc facile d'arriver à grouper les plantes par familles. Mais là, s'arrêteront les notions botaniques inspirées par ce memento dont le principal mérite, sous forme de dictionnaire, est de répondre à une notion souvent en défaut dans les livres techniques, la correspondance des termes vulgaires et scientifiques.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

La prédisposition des roux à la phtisie. — Déjà du temps d'Hippocrate il était admis que les individus roux étaient très prédisposés à la phtisie. M. le Dr Daremberg a traduit comme suit un passage du « livre des épidémies » d'Hippocrate : « L'apparence extérieure de ceux qui étaient *prédisposés à la phtisie* était celle-ci : peau glabre, blanchâtre, couleur de lentilles, rosée; yeux fauves, leucophlegmasie, épaules en ailes, et il en est ainsi pour les femmes ». M. le Dr Delpeuch, qui a consacré un article dans la presse médicale à cette question de la prédisposition des roux à la tuberculose, pense que le texte que nous venons de citer doit être interprété comme suit : L'apparence extérieure de nos *phtisiques* était celle-ci : ils étaient glabres, presque blancs, tachés de lentigo, avaient le poil roux, des yeux d'azur, la chair molle, des ailes; et il en était de même des femmes. Qu'il faille lire : *prédisposés à la phtisie* ou *phtisiques*, la chose au fond importe assez peu; Hippocrate décrit les symptômes et les complications observés par lui chez ses malades; la plupart des caractères énumérés s'étant, sans aucun doute, montrés avant l'éclosion de la maladie. Plusieurs auteurs, Hardy et Béhier entre autres, ont appuyé de leurs observations cette idée de la prédisposition toute spéciale des roux à la tuberculose, particulièrement de ceux qui représentent *le type vénitien* bien connu des admirateurs du Titien, de Paul Véronèse et de l'école vénitienne. M. Dewèvre, élève du professeur Landouzy, sur 100 roux examinés par lui, a trouvé 98 tuberculeux. Sur 100 malades notoirement roux, demandant à entrer à l'hôpital. M. Landouzy n'en a trouvé que 6 qui ne fussent pas tuberculeux.

Le Dr écossais Beddoé est arrivé à un résultat tout à fait différent : « A Edimbourg, dit-il, si on ne considère que

la teinte des cheveux, la proportion des roux est sensiblement la même chez les sujets sains, chez les phtisiques et chez les autres malades. Il n'existe donc dans ce pays aucune propension des roux à la phtisie. Or, s'il en est ainsi en Ecosse, il en est de même sans doute en France et ailleurs.

La contradiction est donc absolue entre les statistiques du professeur Landouzy et de son élève et celles du Dr Beddoé. La clef de l'énigme est dans la remarque suivante : tandis que Beddoé ne note dans ses tableaux que la coloration des cheveux, MM. Landouzy et Dewèvre rangent parmi leurs vénitiens des sujets à cheveux blonds, chatains ou noirs, qui n'ont de roux que la lèvre, le menton et le pubis. Or, la différence est grande entre l'érythrisme généralisé et l'érythrisme partiel; ils n'ont pas la même origine et ne sauraient avoir la même signification.

Les sujets qui sont franchement roux, par la chevelure et par le reste, sont les exemplaires d'un type normal au même titre que les blonds ou les bruns et ne sont pas plus prédisposés que d'autres à la phtisie.

Tout autre se présente l'érythrisme partiel. Il ne s'agit plus d'une manière d'être normale, simple variété d'un état physiologique, mais d'une anomalie apparue au cours du développement et l'on s'accorde à voir la cause de cette anomalie dans une infirmité congénitale, dans une insuffisance de l'effort générateur. On voit en conséquence des sujets blonds ou bruns, montrer une barbe ou seulement une moustache d'un teint ardent, d'autres avec les cheveux et la barbe chatains ou bruns ont les aisselles ou le pubis rutilants. Il va sans dire que l'érythrisme féminin se comporte de même.

Or, dans l'érythrisme partiel, une douloureuse surprise nous attend : M. Delpeuch a constaté que sur 57 malades offrant cette particularité, il n'y avait pas moins de 52 tuberculeux. La proportion atteint les neuf dixièmes. (*Le Scalpel.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 juillet 1899. — *Présidence de* M. Van Tieghem.

Présence de l'iode en proportions notables dans tous les végétaux à chlorophylle de la classe des Algues et dans les Sulfuraires. — M. Armand Gautier.

M. le Dr E. Vidal donne lecture d'un mémoire « sur la fermentation des vins ». (Commissaires : MM. Arm. Gautier, Duclaux, Bouchard.)

M. Eugène Fournier adresse un mémoire intitulé : « Recherches sur la désinfection par l'aldéhyde formique : formacétone ». (Commissaires : MM. Bouchard, Duclaux, Roux).

Sur quelques alcaloïdes de l'opium. — M. Emile Leroy. Dans une note précédente, j'ai présenté quelques données thermiques relatives à la morphine, je donne aujourd'hui les résultats de déterminations thermochimiques qui ont porté sur la codéine, la thébaïne, la papavérine et la narcotine, c'est-à-dire sur les principaux alcalis de l'opium.

Le tableau suivant rapproche les nombres qui mesurent l'intensité de la fonction basique des alcaloïdes de l'opium que j'ai étudiés :

	Base solide	
	H Cl dissous sel dissous. cal	H Cl gazeux, sel solide. cal
Codéine.....	9,27	29,74
Morphine.....	7,18	27,97
Thébaïne.....	6,93	24,31
Papavérine	4,15	27,48
Narcotine.....	2,33	21,72

L'ordre dans lequel ces bases se trouvent rangées est d'ailleurs conforme à leur action sur les réactifs colorés. La codéine, comme les bases fortes, agit sur la phtaléine du phénol et le tournesol; les alcaloïdes suivants n'agissent que sur le tournesol et, enfin, la narcotine est sans action sur ce réactif.

Sur l'élimination de l'azote et du phosphore chez les nourrissons. — M. OEchsner de Coninck (1). J'ai étudié cette question en 1892 et 1893. Il s'agit ici d'enfants nourris à la mamelle; je n'avais pas cru devoir publier les résultats de mes analyses, mais je trouve, dans le *Zeitschrift für klinische Medicin*, un mémoire sur le même sujet de M. le Dr A. Keller. Cet auteur a obtenu des nombres presque identiques aux miens; je me décide donc à faire connaître ceux-ci.

L'acide phosphorique a été dosé, dans mes recherches, d'après le procédé classique de Neubauer; l'azote total a été dosé, soit par la méthode de Kjeldahl, légèrement modifiée, soit par le procédé au plâtre sec et à l'acide oxalique; dans ce dernier cas, la combustion était menée très lentement.

Voici les nombres trouvés dans douze expériences :

Quantités d'urine des vingt-quatre heures.		Azote total. (Az),	Acide phosphorique (P^2O^5)	$\frac{Az}{P^2O^5}$
	cc	mgr	mgr	
I.	240	348	66,5	$^1/_{5,2}$
II	228	318	38	$^1/_8$
III.....	300	633	90	$^1/_7$
IV.....	146	660	107	$^1/_{6,1}$
V.....	228	680	66	$^1/_{10,4}$
VI.....	225	613	102,5	$^1/_6$
VII.....	428	452	41	$^1/_{11}$
VIII	176	324	43	$^1/_{7,5}$
IX.....	352	847	120	$^1/_7$
X	211	422	64	$^1/_{6,7}$
XI.....	524	640	82	$^1/_{7,8}$
XII..	298	428	68	$^1/_{6,3}$

Je vais maintenant indiquer quelques-uns des rapports $\frac{Az}{P^2O^5}$ que M. le Dr Keller a inscrits dans son mémoire $^1/_{3,5}$, $^1/_{8,8}$, $^1/_7$, $^1/_{10,8}$, $^1/_{6,2}$, $^1/_{7,4}$, $^1/_{7,8}$, etc.

On le voit, c'est l'identité ou la presque identité entre les résultats de deux observateurs qui ont opéré à l'insu l'un de l'autre, à des époques très différentes, et sur des enfants de races différentes.

Transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale et du pouvoir antivirulent du sérum. — MM. Béclère, Chambon, Ménard et Coulomb. M. Chauveau a présenté à l'Académie, dans la séance du 26 décembre 1898, au nom de trois d'entre nous et de M. Jousset, une note « Sur le pouvoir antivirulent du sérum de l'homme et des animaux immunisés contre l'infection vaccinale ou variolique ». Une des conclusions de ce travail était ainsi formulée : « La sub- « stance antivirulente peut traverser le placenta et passer

(1) Institut de Chimie à la Faculté des Sciences de Montpellier.

« du sang maternel dans le sang du fœtus : ce passage est « la condition essentielle de l'immunité congénitale. »

Nous avons entrepris de nouvelles recherches dans cette voie, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine qui nous a été libéralement ouverte par le chef de service, M. le Dr Bar. Nous avons cherché dans le sang des femmes vaccinées la présence ou l'absence de la substance antivirulente. Nous avons vérifié le passage de cette substance, à travers le placenta, du sang maternel dans le sang fœtal et nous nous sommes efforcés de déterminer les rapports de ce passage avec la transmission de l'immunité vaccinale de la mère au nouveau-né.

Nos recherches ont porté sur soixante-cinq femmes et soixante-cinq nouveau-nés, dans les conditions suivantes :

A la naissance de chaque enfant, on recueillit aussi aseptiquement que possible, d'une part le sang qui provenait de l'utérus maternel, d'autre part le sang qui, après la ligature et la section du cordon ombilical, s'écoulait du bout placentaire. Dans les deux sérums obtenus après la formation du caillot, on fit baigner pendant quarante-huit heures deux portions d'un vaccin de virulence éprouvée. Puis les deux échantillons de vaccin ainsi traités furent inoculés à une génisse, par de multiples incisions, sur des régions symétriques de la surface cutanée, en même temps qu'une troisième portion du même vaccin ayant baigné dans la solution saline physiologique. Après sept jours écoulés, l'observation des trois groupes éruptifs produits par ces inoculations fit constater, dans les sérums en question, l'existence ou l'absence d'une action antivirulente sur le vaccin et, quand cette action était manifeste, permit de comparer et de mesurer le pouvoir antivirulent des deux sérums. Soixante-cinq génisses furent employées à cette étude.

Chaque enfant, le jour de sa naissance ou au plus tard le lendemain, fut inoculé au bras avec du vaccin de virulence éprouvée. Chaque mère fut inoculée en même temps que son enfant et avec le même vaccin. Après sept jours écoulés, les résultats de l'inoculation vaccinale chez la mère et chez l'enfant furent notés, comparés entre eux et rapprochés des résultats fournis par la recherche du pouvoir antivirulent de leurs deux sérums.

Aucune des mères, inoculées ainsi le jour ou le lendemain de la délivrance ne l'était pour la première fois. Toutes avaient été vaccinées antérieurement; elles se partageaient en deux catégories, de nombre à peu près égal, suivant que leur dernière vaccination remontait à une date plus ou moins éloignée, antérieure au début de la grossesse, ou suivant que, par nos soins, elles avaient été revaccinées, depuis un plus ou moins grand nombre de jours, au cours même de la grossesse.

Ces nouvelles recherches nous ont amenés aux conclusions suivantes :

1° L'immunité à l'égard de l'inoculation vaccinale s'observe, chez les enfants nouveau-nés, exclusivement parmi ceux dont la mère possède elle-même cette immunité.

2° La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale ne s'observe pas chez toutes les femmes en possession de cette immunité au moment de l'accouchement, mais seulement chez un petit nombre d'entre elles.

3° La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale s'observe exclusivement parmi les femmes dont le sang, antivirulent à l'égard du vaccin, a transmis, à travers le placenta, ses propriétés antivirulentes au sang du fœtus.

4° La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale peut s'observer parmi les femmes dont le sérum est antivirulent, qu'elles aient été vaccinées pendant ou avant la grossesse, et si éloignée que soit la date de leur dernière vaccination, alors même que celle-ci remonte à la première enfance.

5° Par contre, la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale ne s'observe pas chez les femmes dont le sérum n'est pas antivirulent, qu'elles aient été vaccinées avant ou pendant la grossesse, et si rapprochée que soit la date de leur dernière vaccination, alors même que celle-ci ne remonte pas en deçà des dernières semaines de la grossesse.

6° Le passage de la substance antivirulente du sang maternel dans le sang fœtal, à travers le placenta, est donc la condition nécessaire de l'immunité congénitale.

7° Cette condition nécessaire n'est cependant pas suffisante : parmi les nouveau-nés dont le sérum se montre antivirulent, il en est qu'on peut inoculer avec succès.

8° Chez les nouveau-nés dont le sérum se montre antivirulent, l'énergie plus ou moins grande du pouvoir antivirulent du sérum est un facteur important du succès ou de l'insuccès des inoculations vaccinales. Toutefois il n'existe pas entre les deux phénomènes des rapports constants. On peut dire seulement que, plus le sérum se montre antivirulent, plus grandes sont les présomptions d'insuccès pour l'inoculation vaccinale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 juillet 1899. — Présidence de M. Raymond.

La fièvre typhoïde à Paris. — M. Netter. La recrudescence de la fièvre typhoïde, observée cette année par la plupart des médecins, s'est manifestée également chez les enfants : à Trousseau, l'augmentation des cas a porté sur les consommateurs des trois principales eaux de source fournies aux Parisiens ; l'eau qui paraît la plus touchée est celle de la Vanne.

Faut-il invoquer une contamination à l'origine des trois sources : c'est peu vraisemblable ; il serait plus satisfaisant d'admettre un mélange qui est loin d'être impossible soit dans les réservoirs, soit dans la canalisation.

Les cas de fièvre typhoïde contractés dans la banlieue semblent en voie de diminution marquée ; la qualité de l'eau servie à la banlieue va en s'améliorant depuis plusieurs années ; en effet, c'est de l'eau de rivière (Marne et Seine) *filtrée*.

M. Lancereaux rappelle qu'il a été l'initiateur des connaissances acquises aujourd'hui touchant le rôle joué par les eaux dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde à Paris, et il refait l'historique des épidémies de fièvre typhoïde des années 1876 et 1882 ; il put montrer, à cette époque, que les eaux de l'Ourcq et de la Seine devaient être mises en cause dans l'étiologie de la maladie.

Rhumatisme blennorragique. — M. Launois présente un malade qui, à la suite de plusieurs blennorragies, a eu des arthropathies récidivantes et de l'amyotrophie généralisée, amenant une impotence absolue et une cachexie profonde. Il offrait aussi, sur la face dorsale des orteils, des croûtes épaisses après la chute desquelles de

véritables cornes cutanées apparurent. Exagération des réflexes. Pas de troubles viscéraux. Au point de vue local, uréthrite chronique sans gonocoques, rétrécissement urétral et cystite à coli-bacilles. Les troubles articulaires, amyotrophiques, généraux, doivent certainement être mis sur le compte d'une intoxication à point de départ urétral et vésical.

M. Rendu a vu, en 1878, un malade atteint d'amyotrophies qui auraient pu, au premier abord, être mises sur le compte d'une atrophie musculaire progressive, et qui dépendaient d'une blennorragie chronique.

M. Lancereaux admet que la blennorragie peut, d'une part, déterminer directement des arthropathies mono-articulaires à caractères spéciaux ; d'autre part, être l'occasion d'une manifestation du rhumatisme chronique déformant. C'est dans ce dernier sens qu'il interprète le malade de M. Launois.

M. Launois ne partage pas cette manière de voir, car son malade a eu nettement des arthropathies apparaissant à chaque infection blennorragique et disparaissant ensuite. Ce n'est qu'à partir de la cinquième blennorragie que la situation est devenue grave, que les troubles sont devenus permanents.

Quant à la pathogénie de ces troubles, on doit sans doute l'interpréter par action trophique du système nerveux, mise en œuvre par les toxines de l'infection blennorragique.

M. Achard a constaté dans un cas semblable à celui de M. Launois l'existence d'ostéophytes du métatarse ; seule la radiographie permet de diagnostiquer ces productions osseuses.

M. Antony est persuadé qu'il y a un lien intime entre la déformation articulaire et la persistance de l'intoxication uréthrale. Tant que l'urèthre reste infecté, les poussées articulaires se reproduisent avec persistance.

Syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique. — M. Fernet. Dès le début de la tuberculose pulmonaire chronique, les lésions du sommet d'un poumon sont accompagnées d'une adénopathie trachéo-bronchique et d'un engorgement de la partie inférieure du poumon du même côté ; la clinique permet de constater trois foyers de signes physiques qui sont en rapport avec ces altérations : 1° au sommet, vers la partie externe de la fosse sus-épineuse et dans le sillon pectoro-deltoïdien, les signes habituels de la tuberculose commençante (respirations anormales, etc.) 2° dans l'espace interscapulaire, du côté malade, de la submatité avec résistance au doigt, et un souffle à timbre creux, surtout expiratoire, phénomènes indiquant l'adénopathie ; 4° à la base, du même côté, de la diminution de la sonorité à la percussion et quelques râles sous-crépitants à l'auscultation.

Il y a lieu de chercher entre ces divers phénomènes des lieux de subordination réciproque : ce sont trois anneaux d'une chaîne étroitement unis entre eux ; la tuberculose du sommet est le fait initial ; l'adénopathie lui est directement associée comme phénomène secondaire ; enfin l'engorgement de la base du poumon paraît dépendre de l'adénopathie, constituant ainsi le troisième anneau de la chaîne morbide.

Diarrhée cholériforme à entérocoques. — MM. Lesage et Beclère ont vu, dans un cas de diarrhée cholériforme terminée par la mort en quatre jours, chez une femme de cinquante ans, des selles constituées par une véritable culture pure de l'entérocoque décrit par M. Thiercelin. Son rôle pathogénique ne peut guère être contesté.

Alcool et cyclisme. — MM. L. Jacquet et Regnault. La croyance populaire que l'alcool donne de la force est une des causes de l'alcoolisation progressive de ce pays. Les médecins ont donc le devoir de combattre cette erreur, qu'ils ont d'ailleurs jadis contribué à répandre.

Nous avons eu l'occasion de demander à quelques cyclistes connus leur opinion sur les effets de l'alcool au point de vue professionnel. Ce sont MM. Miller (de Chicago), Calmettes et Garin (de Paris), Monachon (de Genève), Fischer (de Mulhouse).

Leur réponse a été invariable : tous sont d'une grande sobriété en dehors même des périodes d'entraînement, fuient les apéritifs et l'absinthe.

Quant à la course proprement dite, leur opinion peut se résumer en une formule d'une saisissante netteté : « l'alcool coupe les jambes ».

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 juillet 1899. — *Présidence de* M. Jullien.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée : Une brochure du Dr Robinski, de Berlin, « Faut-il ou ne faut-il pas opérer le cancer. » Renvoyé à l'examen de M. le Dr Christian. — Programme du Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne en 1900. — *University medical magazine* of Pensylvania.

Correspondance manuscrite : 1° Lettre de remerciements de M. Loup, nommé membre associé résidant ; 2° Lettre du Dr Grasset accompagnant l'envoi de son livre : *Consultations sur quelques maladies fréquentes* ; 3° Lettre de M. Déjardin, secrétaire du Comité du monument Duchenne, remerciant la Société de sa souscription de cent francs pour le monument ; 4° lettre de M. de Beauvais s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et acclamant la candidature de M. de Mendoza.

Tuberculose du testicule. — M. Coudray. La communication de M. Guépin a eu pour visée principale d'établir la *non utilité* de la castration dans le traitement de la tuberculose du testicule. Nos collègues Jullien et Dubuc se sont prononcés dans le même sens, je dirai dans un instant pour quelles raisons je me range également à cette manière de voir.

Un autre point a été abordé par M. Polaillon, c'est l'emploi des *injections sclérogènes* de chlorure de zinc dans l'affection qui nous occupe. Dans quels cas notre éminent collègue a-t-il utilisé ces injections ? Il ne nous l'a pas dit, toujours est-il qu'il s'en est bien trouvé puisqu'il les recommande. A mon sens, ces injections trouvent surtout leur utilité dans les cas où existent des foyers tuberculeux limités dans l'épididyme, foyers ayant tendance à s'accroître. On peut espérer par ces injections, qu'on fait dans le sillon de séparation de l'épididyme et du testicule, isoler les lésions épididymaires et guérir par sclérose les foyers épididymaires, comme cela a eu lieu dans un cas indiqué par moi en 1891, et publié l'année suivante intégralement par Ozenne au congrès de la tuberculose. La vérification de la guérison a pu être faite parce que, malgré moi, j'ai dû enlever le testicule du malade. Or la queue de l'épididyme,

siège de la lésion, était transformée en un tissu fibreux très dense dans lequel aucun élément tuberculeux ne put être rencontré.

J'arrive maintenant à la question de la castration pour les cas suppurés. Au moment où j'ai fait ma thèse, il y a quinze ans, sur l'intervention dans les tuberculoses dites chirurgicales, on enlevait très volontiers le testicule sitôt que la suppuration paraissait et semblait envahir une partie de l'organe ; à plus forte raison faisait-on disparaître le testicule atteint d'abcès multiples dont la cicatrisation semblait devoir être longue ou même impossible. C'était la doctrine d'alors ; je dois cependant ajouter que Verneuil était nettement hostile à cette pratique.

Depuis lors il s'est passé pour la tuberculose du testicule ce que nous avons vu se produire pour les tuberculoses chirurgicales en général : on est devenu beaucoup plus conservateur et c'est maintenant à qui le sera le plus. Pour mon compte, je suis absolument convaincu que cette voie est la bonne.

Pour en revenir à la *castration*, est-elle indispensable pour la guérison des abcès même multiples du testicule et de l'épididyme ? Je ne le crois pas. L'ouverture et la destruction au thermo-cautère des foyers qui se montrent successivement me paraît susceptible d'amener cette guérison, lorsque surtout on a soin de relever l'état général des malades par l'alimentation et une hygiène appropriée. Aucune observation n'est plus propre à montrer le bien fondé de cette manière de voir que celle qui nous a été rapportée par M. Jullien, cependant le testicule de son malade était dans un bien pitoyable état.

Par elle-même, sans doute la castration ne comporte pas de gravité, mais c'est toujours une opération incomplète dans les cas auxquels je fais allusion et dans lesquels il y a des lésions plus ou moins évidentes des vésicules séminales et de la prostate.

En dernier lieu, je dois dire que la castration d'un testicule tuberculeux est fréquemment suivie de l'altération tuberculeuse du testicule opposé. J'ai observé le fait d'une manière très nette chez quatre sujets dont trois adultes et un jeune homme ; cette complication s'est montrée de six mois à dix-huit mois après l'opération. Tous les chirurgiens qui ont suivi leur malade ont pu faire la même remarque.

M. Polaillon est aussi d'avis de conserver le testicule ; il préconise souvent, quand il n'y a pas de suppuration, les cautérisations avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. En cas de suppuration, on peut user du chlorure de zinc déliquescent ; en tous cas, il ne croit pas que la castration puisse favoriser la tuberculose du côté opposé.

M. Jullien rappelle que la méthode sclérosante a été très en honneur à Lyon et il se rappelle avoir vu la pâte de Canquoin règner en maîtresse à Paris ; il a vu M. Lailler user de flèches de chlorure de zinc avec intrépidité dans les ganglions strumeux.

Révision nosographique des arthrites chroniques. — M. Antonelli. Il n'est pas facile, Messieurs, de résumer un travail tel que celui de M. Massalongo. Il s'agit, en effet, d'un chapitre d'ouvrage systématique sur les arthrites chroniques, ouvrage où l'auteur s'efforce surtout d'établir une classification naturelle et précise de ces affections, au point de vue de leur étiologie.

C'est surtout la revision nosographique des arthropathies attribuées au *rhumatisme articulaire chronique*, que M. Massalongo aborde. Après en avoir séparé les arthrites goutteuses, les arthrites pseudo-rhumatismales infectieuses, les arthropathies trophiques ou nerveuses, l'auteur insiste sur le *syndrome articulaire chronique* conséquence de poliarthrite rhumatismale aiguë, de *fièvre rhumatismale*, maladie infectieuse. L'anatomie pathologique ne pouvant pas fournir à elle seule les éléments d'une classification rationnelle et utile pour la thérapeutique, nous devons nous en tenir surtout à l'étiologie et à la forme clinique, oublier un instant les nombreuses variétés de rhumatisme articulaire chronique énoncées par Landré-Beauvais, Trousseau, Besnier, Heberden et tant d'autres, et établir nettement, aujourd'hui, quatre groupes d'arthrites chroniques : le groupe infectieux, le groupe dyscrasique, le groupe nerveux et le groupe mixte.

En étudiant, l'un après l'autre, ces différents groupes du *syndrome arthropathique chronique*, M. Massalongo commence par signaler que, dans sa statistique, un quart des cas ont été précédés par une maladie infectieuse, avec ou sans arthropathie aiguë. D'ailleurs les infections peuvent, d'après l'auteur, déterminer des arthrites qui sont *chroniques* dès leur éclosion, dans le sens clinique et anatomo-pathologique assigné à la *chronicité*. La vascularisation si riche des membranes synoviales nous explique la fréquence des métastases articulaires, et les inoculations microbiennes intraveineuses ont montré au bout de 16 heures la localisation articulaire. Les recherches de Bouchard et Charrin communiquées au Congrès de Marseille en 1891, celles de Max Schüller, de Bonnatyne, Wohlemann et Blaxall, sont toutes à l'appui de la nature infectieuse du soi-disant rhumatisme articulaire chronique. Dans plusieurs cas de ce genre, qui avaient été précédés par une poliarthrite aiguë ou par une autre maladie infectieuse quelconque, M. Massalongo a procédé à l'examen bactériologique du liquide synovial et des tissus articulaires : il en a eu des résultats variables, souvent négatifs, ce qui était arrivé aussi à d'autres observateurs, mais M. Massalongo analyse parfaitement les causes de ces résultats, en contradiction seulement apparente avec l'origine sans doute microbienne du rhumatisme articulaire chronique. A signaler, aussi, à l'appui de cette thèse, les adénopathies qui accompagnent assez souvent les arthrites aiguës (*bubon rhumatismal* de Brissaud) et certaines poliarthrites chroniques. Après les observations de Chauffard et Ramond, M. Massalongo a constaté l'adénopathie inguinale, de l'aisselle, épitrochléaire, par lymphangite ascendante, dans nombre de cas de rhumatisme articulaire chronique, surtout à forme relativement rapide à poussées subaiguës ; les ganglions devenaient, pendant ces dernières, plus volumineux, plus sensibles au toucher, parfois spontanément douloureux. Quant à la rate, Still en a mis en évidence l'engorgement dans la polyarthrite chronique infantile. Enfin, les complications viscérales, l'endocardite, les phlébites, le soi-disant rhumatisme cérébral ou spinal, l'iritis, etc., ce sont toutes des manifestations de l'état infectieux déterminant l'arthropathie chronique.

Je ne puis pas suivre l'auteur dans l'exposition de la symptomatologie spéciale, et je le regrette car cette exposition est parsemée d'observations personnelles, de considérations critiques des plus justes. En passant à l'étude du *groupe nerveux*, M. Massalongo résume ses communications

précédentes,aux congrès de Naples et de Rome, sur les caractères cliniques des *arthropathies myélitiques*, s'arrêtant surtout à discuter les névrites périphériques qui les accompagnent si souvent et les rapports entre la *diathèse arthritique* (*herpétisme* de Lancereaux) et le *nervosisme*. L'exagération des réflexes tendineux, qui est déjà très fréquente dans les arthropathies chroniques en général (60 0/0 des cas), est, pourrait-on dire, constante dans le groupe nerveux, comme M. Massalongo l'a affirmé en 1892 et comme la thèse toute récente de Clovais l'a confirmé. Quant aux *amyotrophies périarticulaires*, il faut distinguer les précoces des tardives, et invoquer, pour les premières,la lésion directe des cornes antérieures, pour les secondes la théorie réflexe de Vulpian et Charcot, confirmée par les expériences de Raymond et de Hoffa.

Dans le *groupe dyscrasique*, M. Massalongo place surtout les arthropathies chroniques goutteuses, ou uricémiques en général, quand l'examen des urines montre tous les éléments en diminution, à part les chlorures en quantité normale et l'acide urique en excès (hyperacidité et hypotoxicité des urines, très prononcées). Dans le même groupe nous devons placer, suivant Teissier de Lyon, les formes de rhumatisme articulaire chronique qualifiées par les cliniciens *rhumatisme chronique simple*, *rhumatisme vague* (Leveillé) et *ostéalgique* (Besnier), de même que les *nodosités* de *Heberden*, quelques cas d'*ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique* (Marie), chez les bronchitiques et les pleurétiques et les *nodosités de Bouchard*, chez les gastro-ectasiques. La *rétraction de l'aponévrose palmaire* (maladie de Dupuytren) serait à ranger, d'après M. Massalongo, plutôt dans le groupe nerveux,de même que la *campodactylie* décrite par Landouzy.

Après un examen détaillé de ces différentes formes de *rhumatisme articulaire chronique dyschrasique* ou *autotoxique*, et après quelques lignes sur le *groupe mixte* (à étiologie multiple, combinée) des arthropathies chroniques, M. Massalongo consacre un dernier paragraphe aux formes partielles, isolées, d'arthropathie, telles que le *morbus coxæ senilis*, arthrite sèche, à forme atrophique ou bien hypertrophique (Adams), et que le *rhumatisme scapulaire atrophique* de Sabourin ou *rhumatisme deltoïdien* de Duchenne.

En terminant ce résumé très imparfait, je dois l'avouer, du travail de M. Massalongo, il me reste la satisfaction de pouvoir le signaler comme méritant d'être consulté dans l'original, par les cliniciens que l'étude médicale des arthropathies choniques intéresse tout particulièrement.

M. Jullien fait observer que M. Antonelli, dans son rapport si intéressant a passé peut-être un peu vite sur la question des métastases articulaires. Il se demande si l'on voit aujourd'hui encore des métastases méningitiques à la suite de manœuvres dans la coxalgie.

Dans sa spécialité, il a vu, non pas des métastases du rhumatisme blennorrhagique, mais des envahissements de divers organes par localisation du gonocoque : il se rappelle un cas de rhumatisme cérébral, un autre d'endocardite qui compliquèrent le rhumatisme blennorrhagique.

M. Coudray fait observer que les métastases à la suite de manœuvres dans la coxalgie sont moins fréquentes que du temps de Verneuil, parce que les manœuvres ne sont plus jamais brusques, et qu'on ne traite par le redressement que des coxalgies silencieuses.

Election. — Le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants :

Pour l'admission . . . . 10 voix
Bulletins blancs. . . . . 2 —

En conséquence, M. Suarez de Mendoza est élu membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à 5 h. 25.

Un des secrétaires annuels,
E. Albert-Weil.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHLIGRAPHIE

Séance du 13 juillet 1899. — *Présidence de* M. Fournier.

Epithélioma de la nuque simulant le xanthome et la morphée. — M. Danlos. Les pièces que je vous présente sont les moulages d'un épithélioma de la nuque développé sur un nœvus depuis 6 ans. Cette tumeur était entouré d'une zone formant un disque plat. Une intervention chirurgicale a eu lieu. Depuis ce temps il n'y a pas la moindre menace de récidive.

Syphilis héréditaire. — Mlle Tchernewska présente un enfant de 7 ans atteint de syphilis héréditaire avec tous les stigmates et un arrêt de développement évident.

Lupus tuberculeux avec lupus de la langue. — M. du Castel présente une malade atteinte depuis longtemps d'un lupus de la face. Depuis quelques mois, il s'est développé sur le côté droit de la langue un placard de 1 c. m. 1/2 de diamètre, formant une plaque nacrée indolente, de 1 mm. d'épaisseur.

Lupus érythémateux généralisé. — M. du Castel présente un lupus vespertilio typique de la face avec lésions érythémato-squameuses des pieds et des mains, des régions sternale et interscapulaire. De plus, il existe sur le palais et le voile du palais des lésions érythémateuses et cicatricielles. L'état général est bon; ce qui est remarquable dans ce cas, c'est que les lésions des mains paraissent débuter par une lésion vésiculeuse. La malade est soumise aux injections de calomel qui paraissent avoir amené une amélioration des lésions au niveau des branches montantes des maxillaires.

Urticaire pigmentée de la face. — MM. Balzer et Gauchery. M. B., âgé de un an, porte une éruption datant de 6 mois environ. On constate sur la face de larges placards d'érythème pigmenté, siégeant au front, au nez, aux joues, aux lèvres, au menton et surtout au-dessous des régions palpébrales inférieures. Leur couleur est uniforme, jaune fauve ou brunâtre cuivrée, rappelant celle de certaines syphilides et surtout de la lèpre maculeuse; il n'y a pas traces de grattage. Les sourcils font défaut et l'on observe un eczéma séborrhéique du cuir chevelu et des signes de blépharite chronique. L'état général est bon.

Dermite eczématiforme des pieds provoquée par la teinture des chaussettes. — MM. Balzer et Gauchery. Léon G., 39 ans, présente aux pieds des lésions d'eczéma aigu, départies en bandes séparées par des bandes de peau saine, correspondant aux raies jaunes et rouges de la chaussette, tandis que les bandes d'eczéma correspondent aux raies noires et vertes.

M. Portes a analysé les teintes et conclut à des matières colorantes dérivées de la houille ; les noirs et les verts

d'aniline subissant une oxydation exagérée sous l'influence de la sueur, il y a eu production de quinone, principe volatil très irritant.

Maladie de Duhring avec lésions sanguines. — M. LEREDDE montre un homme de 61 ans qui a présenté, à la fin de l'année dernière, des bulles prurigineuses au niveau du scrotum. A la suite d'un traitement par un rob dépuratif végétal qui contenait sans doute de l'iodure de potassium, il a été atteint d'une éruption généralisée, caractérisée par des nappes érythémateuses, des bulles et des vésicules avec prurit excessif. Cette éruption s'est atténuée peu à peu et est aujourd'hui presque disparue. Lorsque je vis le malade pour la première fois, je constatai une éosinophilie de 25 0/0, le taux des éosinophilies s'est peu à peu abaissé et n'est plus aujourd'hui que de 20 0/0. Je dois signaler l'importance des phénomènes gastro-intestinaux (haleine fétide, langue saburrale, constipation). Il est possible que, dans certains cas, l'intoxication qui engendre la maladie de Duhring soit d'origine gastro-intestinale.

De l'abolition des réflexes pupillaires dans ses rapports avec la syphilis. — MM. BABINSKI et CHARPENTIER Nous avons étudié l'abolition des réflexes des pupilles et surtout du réflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du nerf optique ou associée à une paralysie de la 3e paire. Nous avons suivi 20 malades chez lesquels nous avons constaté le trouble en question. Presque tous ces malades étaient manifestement atteint de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise.

Traitement de la lèpre par les injections d'huile de Chaulmogra. — M. TOTOULÈS-BEY, après avoir rappelé les phénomènes d'intolérance auxquels donne lieu l'administration du médicament à l'intérieur, rapporte les résultats très favorables qu'il a obtenus en pratiquant des injections d'huile de Chaulmogra.

Sur deux cas de tuberculides à caractères et localisations différents suivant les régions où elles se développent.— MM. P. et H. HALLOPEAU. L'agent infectieux de la tuberculose se comporte très différemment chez un même sujet et donne lieu à des réactions très diverses suivant les régions dans lesquelles il est transporté, on peut ainsi observer simultanément, d'une part, des lésions scléreuse et atrophique du visage, de l'autre, des altérations végétantes et hypertrophiques énormes des orteils ; on peut aussi voir évoluer concurremment des gommes cutanées ou sous-cutanées ne donnant lieu qu'à des ulcérations très circonscrites et aboutissant à la cicatrisation des tuberculoses scléreuses, de la lymphangite de la jambe avec sclérème, éléphantiasis et semis de nodules miliaires, et enfin au pied à une tuberculose envahissante, ulcéreuse, végétante et suppurative,amenant une énorme déformation des parties intéressées; chacune des régions envahies constitue donc un milieu de culture essentiellement différent pour l'agent infectieux.

Troisième note sur une dermatose séborrhéique aboutissant au psoriasis. — M. HALLOPEAU. Cette éruption, primitivement constituée par des boutons présentant dans leur partie médiane une pustulette que recouvrait une squame envoyant profondément un prolongement dans un orifice sébacé,est devenu nettement psoriasique. Mais chacun des éléments de ce psoriasis est recouvert de squames pourvues de ce même prolongement; c'est là une particularité que l'on peut rencontrer fréquemment dans les éléments jeunes du psoriasis ; d'autre part les orifices pilosébacés sont souvent très dilatés dans cette dermatose. Le fait cité montre que les petits abcès miliaires signalés par Munro peuvent se traduire à l'œil nu par la formation de pustulettes et que ces suppurations peuvent avoir pour point de départ un follicule sébacé.

A côté des poussées aiguës de psoriasis caractérisées par une érythrodermie généralisée, il faut actuellement en reconnaître une suppurative.

Sur la genèse du lichen scrofulosorum et d'autres tuberculides. — M. HALLOPEAU. Le lichen scrofulosorum diffère essentiellement par son caractère superficiel, par l'absence constante de caséification et de cicatrices consécutives, par le mode de dissémination des éléments des tuberculoses bacillaires. Les faits exceptionnels dans lesquels on a trouvé le bacille peuvent s'expliquer, les uns par une confusion avec les nodules disséminés de la tuberculose bacillaire,les autres par la présence de bacilles aberrants.

M. LEREDDE. La nature bacillaire directe du lichen scrofulosorum est aujourd'hui établie parce que les lésions ont la structure des lésions tuberculeuses, parce qu'on peut y trouver des bacilles, parce qu'elles réagissent à la tuberculine, parce qu'elles peuvent donner la tuberculose au cobaye par inoculation. Sans doute il s'agit de lésions bénignes, éphémères, spontanément curables: elles démontrent seulement que nous ne connaissons pas encore toutes les formes cliniques de la tuberculose, et surtout ses formes légères.

Je comprends le terme de tuberculides — au sens Darier — autrement que M. Hallopeau. Une tuberculide — ou toxituberculide — est une lésion cutanée qui n'a pas la structure tuberculeuse, qoi ne contient pas de bacilles, qui ne réagit pas à la tuberculine, qui ne donne pas la tuberculose par inoculation au cobaye et qui cependant présente avec la tuberculose les rapports cliniques les plus étroits. Le lupus érythémateux en est le type.

Elephantiasis du bras symptomatique d'une ostéo-arthrite chronique du coude probablement tuberculeuse. — MM. GASTOU et GOGUEL (de Sedan).

Modifications épithélioïdes de la muqueuse linguale dans un cas de glossité gommeuse et mercurielle. — M. GASTOU.

Paraplégie blennorragique. — M. RENAULT. Voici deux malades, atteints, le premier de myélite chronique dorso-lombaire; le second, d'arthrite ankylosante de la colonne vertébrale, peut-être même de syringo-myélie dans le cours de blennorragie chronique.

Pour le premier malade, homme de 36 ans, affligé depuis deux ans d'une blennorragie, la myélite dorso-lombaire ne fait aucun doute, à preuves : la paraplégie spasmodique, l'incontinence des urines, l'exaltation des réflexes rotuliens, la trépidation épileptoïde.

Chez le second, également blennorragique invétéré, ce qui frappe de prime abord, c'est l'attitude cyphotique. Le malade s'avance le dos voûté; il ne peut tourner la tête à droite et à gauche que dans des limites restreintes. On le dirait empalé, Le diagnostic d'arthrites vertébrales semble donc s'imposer à première vue. Mais il existe chez ce sujet un trouble singulier de la perception sensitive; quand on promène le long des membres supérieurs une allumette

incandescente, le contact est perçu, mais non la douleur, en un mot, il y a thermo-anesthésie.

En joignant ce symptôme à la cyphose, on ne peut se défendre de l'idée de syringo-myélie, surtout si l'on se rappelle les faits signalés par Hoth dans les archives de neurologie de 1887-88, faits dans lesquels la thermo-anesthésie a été pendant plusieurs années l'unique symptôme de la syringo-myélie.

Cependant, en l'absence de troubles trophiques et en raison de la coïncidence d'autres arthrites passées et présentes, l'inflammation chronique des articulations vertébrales est l'hypothèse la plus rationnelle.

Si nous abordons maintenant le diagnostic pathogénique, le problème devient encore plus embarrassant.

Faut-il sans hésitation incriminer la blennorragie.

Tel n'est pas notre sentiment. Dans la plupart des observations publiées de méningo-myélite blennorragique, on n'a pas tenu suffisamment compte de l'intervention possible d'autres facteurs, notamment de l'alcoolisme, qui, s'il réalise plutôt la névrite, n'en produit pas moins dans quelques cas, avec toute certitude, la phlegmasie de la substance médullaire.

Or, nos deux malades sont deux éthyliques avérés et, dans l'état de nos connaissances, il nous est impossible de distinguer une myélite blennorragique d'une phlegmasie médullaire attribuable à une autre cause, nos moyens actuels d'investigations ne nous permettant pas de déceler dans la moelle le gonocoque ou ses toxines.

Il en résulte que la plupart des observations étiquetées « méningo-myélites médullaires » mériteraient une revision. Ce travail de critique délicate aurait le double avantage de faire mieux connaître la fréquence de cette redoutable complication et surtout de l'action des causes, qui favorisent la pénétration dans la moelle de l'agent gonococcique.

Ulcères des jambes. — MM. FOURNIER et LACAPÈRE. Ce malade, âgé de 30 ans, est atteint, depuis l'âge de 5 ans, d'ulcères de la partie inféro-interne des jambes, considérés jusqu'à présent comme des ulcères variqueux. Ces ulcères ont guéri et sont apparus de nouveau, soit spontanément, soit à la suite de traumatismes. Cependant il n'y a pas trace de varices. Pas de syphilis non plus acquise, ni héréditaire. L'examen général du malade montre qu'il est atteint d'orchite bacillaire, d'insuffisance hépatique légère et de bacillose pulmonaire au début. On constate aussi une coloration addissionnienne de la peau et une mégalosplénie sans hyperglobulie et avec très légère leucocytose.

On peut supposer ici qu'il y a eu une inoculation bacillaire primitive au niveau des jambes, avec essaimage successif aux différents organes, testicule, foie, poumon, capsules surrénales et rate, rapprochant ce cas de mégalosplénie de celui qui a été récemment publiée par M. Widal.

MM. HALLOPEAU et LÉVI montrent les viscères du malade atteint de sarcomes mélaniques qui a été présenté antérieurement. Les néoplasies se sont multipliées dans les poumons, les reins, le cerveau et les ganglions, une partie d'entre elles seulement y sont mélaniques; ce fait montre que la matière colorante n'a pas, comme on pourrait le croire à priori, le rôle essentiel dans leur genèse et qu'elle est due, selon toute vraisemblance, à l'activité nutritive de leurs éléments parasitaires s'exerçant dans certains milieux.

Dr BARBE

MEMENTO PRATIQUE

Traitement de l'eczéma séborrhéique circinné du cuir chevelu chez l'enfant. — Le Dr BARTHÉLEMY (*Journal de clinique et thérapeutique infantile*, 1899, p. 140) fait remarquer que l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu simule à s'y méprendre l'herpès circinné du cuir chevelu. Même forme de circinnation, mêmes sinuosités, mêmes squames.

L'eczéma séborrhéique est gras. Il présente une coloration brune ou grise. A la loupe, on ne distingue aucun cheveu cassé. Mais en pinçant entre les doigts quelques cheveux follets, ceux-ci se détachent facilement sans se casser.

L'examen bactériologique doit également être pratiqué pour rechercher le parasite de l'herpès circinné (tricophyton tonsurans), affection essentiellement tenace, bien différente de l'eczéma séborrhéique circinné du cuir chevelu, assez facilement curable en une ou trois semaines.

Cette dermatose s'observe plus souvent encore au thorax (ligne médiane), à la partie postérieure du thorax (entre les deux épaules). Chaque circinnation est composée d'éléments acnéiques recouverts de squames (d'où le nom d'eczéma acnéique) (Bazin). Au centre de la circinnation, cercle ou demi-cercle, la peau est rose ou bistrée, un peu déprimée, de même niveau que le reste de la peau.

Le traitement doit être ainsi compris :

1° Matin et soir, frictionner avec la pulpe du doigt le cuir chevelu à l'aide du mélange suivant :

Huile végétale fraîche.	70 grammes.
Eau de chaux médicinale	30 —
Résorcine.	3 —

M. S. A.

Recouvrir ensuite d'une flanelle, d'une feuille de gutta-percha laminée et d'un bonnet.

2° Au bout de quatre à cinq jours, faire un savonnage avec des tampons d'ouate boriquée, destinés à étaler le savonnage au bois de Panama.

3° Plus tard, si après huit jours de ce traitement l'eczéma persiste, on fera usage de la pommade suivante :

Vaseline blanche	30 grammes.
Fleur de soufre	0 gr. 50.

Us. Ext.

Une fois par jour.

Et le soir, on pratiquera une onction avec la pâte demi-molle :

Vaseline benzoïnée	30 grammes.
Talc.	10 —
Oxyde de zinc.	5 —
Amidon pur	Q. S.

Us. Ext.

Traitement de l'asthme des foins. — Le Dr LYON (*Journal des praticiens*) conseille les médications suivantes :

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE : 1° Eviter les promenades à la campagne au printemps et en été, éviter la poussière des grands magasins, ne pas sortir pendant les heures chaudes de la journée et ne pas s'exposer aux rayons solaires. Eviter les grands vents, les promenades à bicyclette, à cheval ou en voiture, les voyages en chemin de fer ; 2° Conseiller, si possible, les voyages en mer (Morel-

Mackenzie) ; faire porter un lorgnon avec des verres fumés ; 3° Traiter les lésions nasales, s'il en existe.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX : La cocaïne est le meilleur médicament pour remédier à la sensibilité de la muqueuse ; on l'emploie sous forme de prises, de badigeonnages :

a) Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Acide borique.	2 grammes.
Salicylate de bismuth.	4 —
b) Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Glycérine.	aà 5 grammes.
Eau distillée	

Les pulvérisations d'huile mentholée à 1/30 atténuent parfois la crise. Castex recommande de respirer un mélange de :

Menthol.	1 gramme.
Chloroforme.	15 grammes.

Les pulvérisations d'huile de vaseline mentholée ou salolée donnent de bons résultats (Garel) :

Menthol ou salol	1 gramme
Huile de vaseline.	25 grammes.

Quand il y a de la dyspnée asthmatique, il faut avoir recours à l'injection de morphine dans les formes très intenses : sinon, dans les cas ordinaires, on peut prescrire :

Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 005
Sulfate de strychnine.	0 gr. 020
Sirop d'écorces d'oranges. . . .	400 grammes

Une cuillerée à soupe à chacun des principaux repae.

(LERMOYEZ).

Comme médication générale destinée à combattre le tempérament neuro-arthritique on a préconisé les alcalins, la valériane, la belladone, l'antipyrine, les bromures.

Lorsque la conjonctive est fortement atteinte, s'il y a de la photophobie, on prescrit, outre l'emploi de verres fumés, un collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine :

a) Sulfate neutre d'ésérine.	0 gr. 02
Eau distillée.	10 grammes
b) Nitrate de pilocarpine.	0 gr. 50
Eau distillée.	10 grammes

NOUVELLES

Congrès français de médecine. — Le cinquième congrès français de médecine s'est ouvert à Lille le vendredi 21 juillet dans le hall du palais Rameau. Nous en commencerons le compte rendu dans notre prochain numéro, mais nous pouvons constater dès maintenant son succès.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Cannieu, agrégé, est nommé professeur titulaire d'anatomie à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Rohmer (Joseph), agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur de clinique ophtalmologique à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Paris. — M. Haller, professeur de chimie organique à la faculté des sciences de Nancy, est nommé professeur de chimie organique à la faculté des sciences de Paris.

M. Pellat, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, est nommé professeur de physique à ladite faculté.

M. Chatin, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire d'histologie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Künstler, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de zoologie à la faculté des sciences de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie comparée et d'embryogénie à ladite Faculté.

Mérite agricole. — Par décret en date du 26 juillet, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux personnes ci-après désignées :

Au grade d'officier. — M. le Dr Reynier, médecin vétérinaire à la Mure (Isère).

Au grade de chevalier. — M. le Dr Regnault : Travaux spéciaux sur les questions agricoles.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour les prix à décerner en 1899 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. Concours de chirurgie et d'accouchement. L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 14 décembre 1899, à quatre heures, à l'hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 16 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 16 octobre, à trois heures, dernier délai.

Concours pour les prix à décerner en 1899, à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. Concours de médecine. L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 11 décembre 1899, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 16 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 16 octobre, à trois heures, dernier délai.

L'enseignement de la médecine en France. — Voici le relevé officiel des étudiants en médecine inscrits au 15 janvier 1899 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France. Dans ce relevé, fait séparément pour chaque Faculté, les élèves sont divisés en deux groupes : Français et étrangers.

	Français.	Etrangers.
Facultés de médecine :		
Paris	3.380	486
Bordeaux	657	18
Lille	256	16
Lyon	1.021	75
Montpellier	369	144
Nancy	199	62
Toulouse	441	27
	6.323	828
Ecoles de médecine.	1.106	12
	7.429	840

Ainsi donc, le total des étudiants en médecine s'élève, pour l'année courante, à 8.269. Si l'on compare ce nombre à celui des années précédentes, on voit que, depuis 1895,

Années.	Inscrits.	Différence avec l'année précédente.
1891. . . .	6.212	
1892. . . .	7.069	+ 857

1893	7.589	+	520
1894	8.897	+	1.308
1895	8.916	+	19
1896	8.373	—	543
1897	8.317	—	56
1898	8.316	—	1
1899	8.269	—	47

qui donne le maximum des inscrits, le total des étudiants a diminué de 647. Mais cette diminution, passagère pour les étudiants français, s'accentue de plus en plus pour les étudiants étrangers, comme le montrent les relevés officiels des étudiants inscrits au 15 janvier de chaque année dans les Facultés et Ecoles de médecine de 1895 à 1899, divisés en Français et étrangers.

Années.	Français.	Etrangers.
1895	7.779	1.337
1896	6.319	1.054
1897	7.338	979
1898	7.408	908
1899	7.429	840

Le tableau ci-dessous fait connaître le chiffre des étudiants étrangers par pays respectifs, de telle sorte qu'on peut voir comment cette diminution s'est produite :

	1896	1897	1898	1899
Afrique : Iles africaines	22	19	15	16
Allemagne	16	22	32	34
Alsace-Lorraine	8	»	»	»
Amérique centrale	12	»	12	14
— du Sud	35	40	19	18
Antilles	30	29	22	14
Autriche-Hongrie	8	5	6	8
Belgique	8	10	6	6
Brésil	6	5	6	8
Bulgarie	147	158	152	147
Canada	3	»	1	2
Danemark	1	»	»	»
Egypte	12	8	9	14
Espagne	6	5	6	6
Etats-Unis	14	14	6	1
Grèce	45	40	44	34
Guyane	1	1	1	»
Iles-Britanniques	17	11	12	15
Italie	11	13	9	13
Luxembourg	12	10	9	8
Martinique	»	1	»	»
Mexique	7	7	3	»
Pays-Bas	5	4	4	4
Perse	5	5	4	4
Portugal	9	10	9	7
Roumanie	108	97	81	76
Russie	314	280	263	226
Serbie	6	6	7	6
Suède et Norvège	2	2	3	3
Suisse	33	28	29	22
Tunisie	1	2	»	3
Turquie	151	151	138	131
Totaux.	1.054	979	908	840

Cette diminution tient, d'une part, aux exigences du nouveau régime d'études et, d'autre part, aux difficultés que les étudiants étrangers redoutent de rencontrer pour leur immatriculation en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine de l'Etat français. Ils se soucient fort peu d'avoir un simple diplôme d'Université. Les étudiants étrangers redoutent aussi d'être envoyés dans une Faculté de province, au lieu de faire leurs études à Paris, et cet état de choses n'a pas été sans influence sur la situation présente.

Société gynécologique de Paris. — Lors de sa dissolution, la Société obstétricale et gynécologique de Paris avait exprimé le désir de voir se reconstituer avec une partie de ses membres s'occupant plus spécialement de gynécologie une Société gynécologique à laquelle elle laissait ses archives et ses collections.

C'est chose faite aujourd'hui. La Société gynécologique de Paris vient de se constituer, sous la présidence de M. le Dr Peyrot. M. le Dr Olivier a accepté les fonctions provisoires de secrétaire général.

Ce n'est qu'après les vacances que seront définitivement votés les statuts de la nouvelle Société.

Prière d'adresser toutes les communications à M. le Dr Olivier, 6, rue de Maubeuge.

Création d'un service d'ophtalmologie à l'hôpital Necker. — Le Conseil municipal de Paris vient d'entendre le rapport suivant de M. Paul Vivien, rapport dont il a adopté les conclusions :

Il y a plus de deux ans, en mars 1897, notre ancien collègue M. Paul Strauss, aujourd'hui sénateur, appelait votre attention sur ce que, malgré les nombreux progrès accomplis, le traitement des maladies spéciales dans les hôpitaux laissait encore beaucoup à désirer.

Cette remarque était particulièrement juste en ce qui concerne les maladies des yeux, qui sont très répandues, si l'on en juge par la quantité considérables de cliniques ophtalmologiques libres dont le nombre s'accroît chaque année.

Comme actuellement les chirurgiens des hôpitaux ne reçoivent jamais dans leur service des malades atteints d'affection oculaire ; comme la séparation est depuis longtemps complète entre l'ophtalmologie et la chirurgie, l'Assistance publique de Paris en est strictement réduite, au point de vue de l'hospitalisation des maladies oculaires, aux 78 lits que comprennent ensemble les services de l'Hôtel-Dieu (58 lits) et de Lariboisière (20 lits). »

Les Quinze-Vingts possèdent à la vérité 110 lits, mais ils sont clinique nationale, et non clinique parisienne ; ils sont loin de rendre à la population de Paris des services proportionnés à leur importance apparente.

En fait, un nombre très restreint des lits des Quinze-Vingts sont disponibles pour les malades de Paris. La grande majorité est constamment occupée par les malades de province. Si nous ajoutons cependant quelques lits des Quinze-Vingts aux 78 lits de l'Hôtel-Dieu et de Lariboisière, cela fait, en nombre rond, une centaine de lits.

Ces 100 lits représente absolument tout ce qui existe, à l'état actuel, pour recevoir les ophtalmiques indigents d'une population de 3.300.000 habitants (Paris et la banlieue.)

Ces lits doivent suffire aux besoins d'une clientèle qui est actuellement de 5.000 consultants nouveaux inscrits par an à l'Hôtel-Dieu, 3.000 à Lariboisière, et plus de 18.000 aux Quinze-Vingts, soit en tout 26.000 malades qui paraissent représenter la moitié des personnes qui dans une année demandent à Paris des soins ophtalmologiques gratuits, la clientèle des 30 cliniques libres de maladies d'yeux formant la deuxième moitié.

Il est donc permis d'estimer à 50 ou 60.000, le nombre annuel des maladies d'yeux pour lesquelles l'Assistance publique et les Quinze-Vingts disposent uniquement d'une centaine de lits. Cette insuffisance a déterminé chez les chefs de services ophtalmologiques l'habitude de ne rece-

voir à l'hôpital que les cas opérables, tels que les cataractes, tandis qu'ils se voient forcés, par la pénurie des lits, de repousser les malades dont la guérison demande un long traitement et qui laissés à eux-mêmes, ou réduits aux soins intermittents de la consultation, deviennent aveugles et tombent définitivement à la charge de l'Assistance publique.

Non seulement les lits d'yeux sont insuffisants, mais encore ils sont mal répartis; le sud et l'ouest de Paris ne sont pas desservis. Les ouvriers qui, de ces quartiers, doivent se rendre à l'Hôtel-Dieu ou aux Quinze-Vingts perdent un temps précieux ; la consultation gratuite leur coûte tout ou partie de leur salaire journalier. Les patrons accordent difficilement des permissions pour des déplacements aussi longs. Dans ces conditions, on voit des malades qui renoncent à se faire soigner, aggravent leur affection oculaire, deviennent pour un temps, sinon même pour toujours, des non-valeurs sociales.

L'Administration et le Conseil de surveillance ont été d'avis que, dans ces conditions, il y avait lieu de créer dans les régions sud et ouest de Paris deux nouveaux services d'ophtalmologie comprenant ensemble 40 ou 50 lits, nombre jugé actuellement suffisant. Pour agir économiquement et vite on a songé, non à édifier des bâtiments nouveaux, mais à utiliser des constructions déjà existantes. On n'a rien trouvé de tel il est vrai, pour l'ouest de Paris (hôpital Beaujon) mais à Laënner, le pavillon Alexis Boyer, jusqu'ici occupé par des chroniques, se présentait à tous les points de vue dans des conditions particulièrement favorables pour l'aménagement rapide et à peu de frais d'un service d'ophtalmologie. Il avait donc été primitivement désigné pour subir cette transformation.

Une communication de M. le directeur de l'Assistance publique au préfet de la Seine, datée du 16 mars 1899, faisait connaître que ce pavillon était actuellement vacant par suite de l'évacuation sur l'hospice de Brévannes des maladies chroniques qui s'y trouvaient hospitalisées.

Rien ne se serait donc opposé à ce que l'on travaillât immédiatement à sa transformation en service d'ophtalmologie.

Les travaux d'aménagement comprenaient principalement :

1° Diverses modifications intérieures, d'importance secondaire, la peinture de tout le service, la réfection des water-closets ;

2° La construction d'une salle d'attente en bois et briques.

Le devis de ces travaux est établi en détail dans le rapport de M. l'architecte Belouet. Il s'élève, après réduction, à la somme totale de 36.958 fr. 31.

Appelés à donner leur avis sur cette question, les membres de la 5e commission ont approuvé le principe de la création d'un service d'ophtalmologie dans la région ouest de Paris, qui en est totalement dépourvue à l'heure actuelle. Ils ont pensé que le Conseil municipal devait favoriser dans une juste mesure l'institution de services spéciaux. Les malades atteints d'affections des yeux ont tout autant de droits que les autres à être secourus pas l'Assistance publique. Sans doute il y a les cliniques libres et ce n'est pas leur nombre qui fait défaut. Mais, en ce qui concerne les indigents, elles ne résolvent pas la question ; on ne peut leur demander d'hospitaliser les malades gratuitement : ce devoir incombe donc à l'Assistance.

Mais, estimant qu'à la suite du projet présenté par notre collègue M. André Lefèvre, qui demande la désaffectation d'un certain nombre de vieux hôpitaux, il serait onéreux pour la Ville de créer à Laënnec un service devant bientôt disparaître, les membres de la 5e Commission proposent de demander à l'Administration qu'elle recherche les moyens de créer le service d'ophtalmologie dans un autre de nos établitsements hospitaliers de la région ouest de Paris.

Ils ont également considéré comme un principe indiscutable que ce nouveau service spécial devait être confié, non à un chirurgien des hôpitaux, mais à un spécialiste désigné au concours. Notre ancien collègue M. le sénateur Paul Strauss, dans sa proposition initiale, a du reste proclamé ce principe comme un corollaire de la création des services spéciaux. De son côté, l'Administration a formulé dès le début, cette opinion très décidée que ces nouveaux services devraient être confiés à des médecins issus d'un recrutement spécial. Enfin la Commission du Conseil de surveillance a établi en détail les bases du concours spécial.

Dans ces conditions, les malades sont assurés de recevoir les soins de vrais spécialistes.

En conséquence, au nom de la 5e Commission, nous vous proposerons de voter la délibération suivante :

« Le Conseil,

« Vu le mémoire par lequel M. le Préfet de la Seine lui soumet pour avis, un projet de travaux concernant la création d'un service d'ophtalmologie à l'hôpital Laënnec :

« Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, dans sa séance du 2 mars 1899 :

« Mais vu la désaffectation prochaine de l'hôpital Laënnec ;

« Délibère :

« Le Conseil, approuvant la création d'un service d'ophtalmologie dans l'un des hôpitaux de la région sud ouest de Paris, invite l'Administration à organiser ce service dans les locaux qui seront laissés libres à l'hôpital Necker par le transfert du service Civiale à l'hôpital Lariboisière, et ce, tout en maintenant les dépenses dans les limites du crédit prévu pour la même installation à l'hôpital Laënnec.

L'élection au Conseil de la Mutualité. — En exécution de l'arrêté ministériel en date du 14 juin 1899, l'élection pour la nomination au conseil supérieur de la mutualité du représentant des syndicats médicaux des départements et de Paris a eu lieu les 9 et 23 juillet 1899.

La commission de recensement des votes instituée au ministère de l'Intérieur, par arrêté en date du 22 juillet 1899, s'est réunie le 26 du même mois et a proclamé les résultats suivants :

	Suffrages exprimés	98	
	Majorité absolue	50	
	Ont obtenu :		
MM.	Pouliot (Dr)	42	voix.
	Landes (Dr)	16	—
	Cézilly (Dr)	8	—
	Archambaud (Dr)	8	—
	Godon (Dr)	6	—
	Divers	18	—

Ballottage.

En conséquence, les délégués auront à procéder à un deuxième tour de scrutin.

Médecins et mutualistes. — A Périgueux les Sociétés de secours mutuels voudraient obliger leurs médecins à s'inscrire comme membres honoraires et verser en conséquence leur cotisation, et ce, sous peine de révocation ;

A cette prétention, nos confrères ont répondu par la lettre suivante :

« Les médecins de Périgueux soussignés, considérant que certaines Sociétés de secours mutuels ont émis la prétention de les obliger à en devenir membres honoraires sous peine de ne pouvoir continuer à donner des soins aux sociétaires ; considérant que cette mesure, si elle se généralisait, augmenterait l'impôt de la patente des médecins d'une somme de 80 francs environ, alors que les honoraires alloués par les Sociétés aux médecins ont un caractère plutôt honorifique que rémunérateur; que chaque sociétaire doit être libre de choisir son médecin, dont le dévouement désintéressé assure l'existence de la Société, ne peut recevoir d'ordres qui le blessent dans sa dignité ; ont à l'unanimité décidé de ne plus payer, à partir du 1er janvier 1899, de cotisation comme membres honoraires à aucune Société existante ou à venir.

M. le Président de l'Association médicale voudra bien informer MM. les Présidents des Sociétés visées de la présente résolution en leur renouvelant, une fois de plus, l'assurance des bons sentiments dont sont animés les médecins pour eux et leurs sociétaires.

Les médecins ont signé la présente décision dans l'ordre alphabétique de leurs noms :

MM. Chaume, A. Debets de Lacousille, Delbès, Deschamps, Dumont, Faguet, Faure, Lacombe, P. de Laurière, Le Roux, Magneur, Montané, de Pindray, Rousselot, Vidal.

La limonade à la saccharine. — Certains industriels peu délicats édulcorent la limonade gazeuse avec de la saccharine. C'est là une falsification prévue par la loi. Aussi M. le professeur Blarez, de Bordeaux, donne le résultat de onze analyses de ces limonades, sur lesquelles quatre étaient édulcorées à la saccharine ; c'est un chiffre important. Il est à craindre que nous ne consommions pas mal de saccharine dans divers produits soi-disant sucrés.

Le pouvoir sucrant de la saccharine étant égal à cinq cents fois celui du sucre, il y a une sorte de menace pour la betterave et la canne à sucre. Fût-il démontré que l'usage de la saccharine ne constitue pas un danger sérieux pour la santé publique, sa substitution au sucre enlève à certaines boissons toute qualité nutritive. Aussi doit-on sévir rigoureusement contre tous les falsificateurs des produits alimentaires.

Nécrologie. — Le Dr Didiergeorges, de Bruyères (Vosges), reçu en 1862. — Le Dr Thierry, maire de Contrexéville (Vosges), décédé à l'âge de 53 ans.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Afin de faciliter l'usage des cartes d'abonnements généraux de 15 à 30 jours valables sur les lignes de chemins de fer et de navigation suisses, la compagnie des chemins de fer P. L. M. délivre, au départ de Paris, des billets d'aller et retour en 1re et 2e classe pour l'un quelconque des points ci-après : Genève, Les Verrières frontière, Vallorbe frontière, Villers frontière, Delle frontière et Bâle (viâ Petit Croix) et retour de l'un de ces points à Paris.

Ces billets ont une durée de validité de 33 jours. Leurs prix sont de 87 fr. en 1re classe et de 64 fr. en 2e classe. Ils ne sont délivrés que conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses de 15 et 30 jours émis aux prix de :

Abonnement de 15 jours : 1re cl. 60 fr., 2e cl. 42 fr., 3e cl. 30 fr.

Abonnement de 30 jours : 1re cl. 100 fr., 2e cl. 70 fr., 3e cl. 50 fr.

Non compris un dépôt de garantie de 5 fr. lequel est remboursé contre restitution de la carte de l'abonnement à l'expiration de la période de validité.

Pour plus amples renseignements consulter le Livret Guide Officiel P. L. M. mis en vente au prix de 0 fr. 50 dans les gares de la Compagnie, ou envoyé contre 0 fr. 85 adressés en timbres-poste, au Service Central de l'Exploitation, 28, boulevard Diderot, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vient de paraître à la *Société d'éditions*, 4, rue Antoine-Dubois et place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, **Cure prompte et radicale de la syphilis**, par le Dr J.-F. Larrieu, médecin de l'hôpital de Montfort-l'Amaury, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8°. Prix 4 francs.

Le diabète et son traitement, par le professeur R. Lépine, professeur de clinique médicale à l'Université de Lyon, correspondant de l'Institut, associé de l'Académie de médecine, 1899. 1 vol. in-16 carré, 92 pages, cartonné, 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 18, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Guide pratique pour les analyses de chimie physiologique, *à l'usage des médecins, pharmaciens et chimistes*, par le Dr F. Martz, pharmacien de 1re classe, chef des travaux de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. Préface de M. le professeur Lépine, 1 vol. in-18 de 300 p. avec 32 fig., cart. 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Vient de paraître : Tome VI. *Maladies du cœur, des artères, de l'aorte, des veines, du système lymphatique et du sang.* 1 vol. grand in-8 de 652 pages avec 1000 figures, 12 francs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*